

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1905

THÈSE

N^o.....

48

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mardi 18 Juillet 1905, à 1 heure

Par YVES LE DROUMAGUET

LE

CANCER GINGIVAL

Président : M. LE DENTU, professeur.

Juges : { MM. POIRIER, professeur.
AUVRAY, agrégé.
MORESTIN, agrégé.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Henri JOUVE

15 - Rue Racine - 15

1905

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen : M. DEBOVE.

Professeurs

Anatomie.....	MM. P. POIRIER.
Physiologie.....	CH. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	HUTINEL.
	BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie.....	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....	RECLUS.
Pharmacologie et matière médicale.....	POUCHET.
Thérapeutique.....	GILBERT.
Hygiène.....	CHANTEMESSE.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée.....	ROGER.
	HAYEM.
Clinique médicale.....	DIEULAFOY.
	DEBOVE.
	LANDOUZY.
	GRANCHER.
Maladies des enfants.....	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	GAUCHER.
Clinique des maladies vénéennes et syphilitiques.....	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.....	LE DENTU.
Clinique chirurgicale.....	TILLIAUX.
	TERRIER.
	BERGER.
Clinique ophthalmologique.....	DE LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique d'accouchement.....	BUDIN.
	PINARD.
Clinique gynécologique.....	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile.....	KIRMISSON.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
AUVRAY.	DESGREZ.	LAUNOIS.	POTOCKI.
BALTHAZARD.	DUPRÉ.	LEGRY.	PROUST.
BRANCA.	DUVAL.	LEGUEU.	RENON.
BEZANÇON.	FAURE.	LEPAGE.	RICHAUD.
BRINDEAU.	GOSSET.	MACAIGNE.	RIEFFEL, Chef des
BROCA (André).	GOUGET.	MAILLARD.	travaux anatomiques
CARNOT.	GUIART.	MARION.	TEISSIER.
CLAUDE.	JEANSELME.	MAUCLAIRE.	THIBOLOIX.
CUNEO.	LABBE.	MERY.	VAQUEZ.
DEMELIN.	LANGLOIS.	MORESTIN.	WALLICH.

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MONSIEUR LE DOCTEUR MORESTIN^s

Professeur agrégé à la Faculté de médecine
Chirurgien des hôpitaux

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR LE DENTU

Membre de l'Académie de médecine
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu
Officier de la Légion d'honneur

INTRODUCTION

Nous avons voulu faire dans ce petit travail l'étude de l'épithélioma dans une certaine région peu atteinte par lui. Car si les cancers de la bouche sont relativement fréquents, ils se répartissent d'une façon très inégale sur les parois de celle-ci. Ils ont pour se développer des lieux de prédilection, par exemple, le plancher, le tiers moyen de la langue, le sillon glosso-amygdalien ; mais le palais et surtout les gencives ne comptent pas parmi ces points d'élection, leur envahissement se fait secondairement et le cancer gingival primitif est tout à fait exceptionnel.

Après une rapide digression sur l'anatomie des gencives, nous entrons directement dans le sujet et nous le traitons comme une simple question de pathologie. Nous envisageons donc successivement : l'historique, l'étiologie, l'anatomie pathologique, la pathogénie, la symptomatologie, le diagnostic, le pronostic et le traitement,

Avant d'entamer cette étude, il nous est agréable d'exprimer à nos maîtres successifs dans les hôpitaux, la reconnaissance que nous avons gardée pour eux ; nous nous souviendrons toujours que, grâce à leur savant enseignement, nous sommes arrivés à posséder quelques connaissances médicales précises, qu'à leur judicieux esprit critique dans le diagnostic, nous devons les quelques notions exactes acquises lors de notre trop court passage dans les divers services de clinique.

Nous conservons un précieux souvenir de nos maîtres de l'école de Rennes, MM. les docteurs Dayot, Le Moniet, Bertheux et Follet, qui nous initièrent aux premiers éléments de chirurgie et de médecine.

Nous n'oublierons pas non plus ce que nous devons à nos maîtres de Paris, particulièrement à MM. les professeurs Lannelongue et Budin, pour les leçons très pratiques qu'ils nous ont données dans l'étude de la chirurgie des enfants et de l'art des accouchements.

En terminant, nous remercions M. le docteur Morestin de nous avoir inspiré le sujet de ce travail inaugural et de nous avoir patiemment aidé de ses précieux conseils.

Nous prions M. le professeur Le Dentu de bien vouloir agréer l'expression de notre vive gratitude pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de cette thèse.

ANATOMIE DES GENCIVES ET GÉNÉRALITÉS

Il ne serait peut-être pas inutile puisque nous allons étudier une lésion qui prend naissance dans les gencives de rappeler en quelques mots l'anatomie de cette région et surtout la structure de la partie qui nous intéresse, de la muqueuse gingivale.

On appelle gencive inférieure ou supérieure cette portion de la muqueuse buccale revêtant les arcades alvéolaires et se trouvant d'une part entre la cavité buccale proprement dite et son vestibule d'autre part. Les gencives comprennent deux feuillets muqueux qui revêtent la face externe et la face interne des arcades alvéolaires et qui se terminent sur le bord libre de ces arcades par une série de festons répondant au collet de la dent. Les pointes qui séparent les festons, s'engageant dans les espaces inter-alvéolaires, se fusionnent réciproquement et établissent la continuité entre la muqueuse gingivale interne et la muqueuse gingivale externe,

La muqueuse gingivale a un aspect rosé, lisse ; comme toutes les muqueuses, elle présente un épithélium et un chorion.

L'épithélium est pavimenteux stratifié et possède certains caractères distinctifs, les cellules superficielles larges et minces ont de même un noyau lenticulaire aplati, de plus le protoplasma cellulaire est parsemé, surtout au voisinage du noyau de fines granulations.

Quand on traite ces cellules par le picro-carmin, elles se colorent en jaune et leurs noyaux en rouge. La couche moyenne est formée de cellules polyédriques, finement dentelées sur leurs bords et disposées sur plusieurs plans ou assises.

Enfin les cellules des couches profondes de forme cylindrique, présentant les signes de la prolifération cellulaire, sont destinées à renouveler les autres couches de l'épithélium gingival.

Le chorion, séparé de l'épithélium par une membrane basale très mince, est formé par un feutrage de quelques fibres élastiques et surtout conjonctives entrecroisées dans tous les sens. Il adhère au périoste sous-jacent d'une façon intime sans interposition de tissu conjonctif sous-muqueux. Nous avons donc affaire à une fibro-muqueuse.

Enfin toute cette muqueuse gingivale est irriguée par des vaisseaux sanguins très nombreux. Les lymphatiques suivant un trajet descendant aboutissent aux ganglions sous-maxillaires et carotidiens.

Notons encore, dans l'épaisseur du ligament alvéolo-dentaire, prolongement fibreux qui rend plus complète

l'adaptation de l'alvéole à la racine dentaire, la présence de petites masses cellulaires rondes, ovales, ramifiées souvent à la façon des glandes en grappe (glandes tartriques de Serres). Malassez les a identifiées avec les vestiges des productions épithéliales de la dentition qui ont persisté chez l'adulte.

D'après ces quelques mots d'anatomie normale, si l'on admet avec Bard que les tumeurs proprement dites proviennent directement des cellules normales des tissus et gardent les propriétés et les caractères fondamentaux du type spécifique dont elles émanent, il est facile de prévoir que dans la région qui nous occupe, nous devons trouver des tumeurs de nature différente.

Comme d'après Sappey et Rouvier il n'y a pas de glandes dans l'intérieur des gencives, il ne s'y formera pas d'adénomes.

Mais nous aurons par la prolifération métatypique de la couche génératrice des cellules épithéliales, l'épithélioma gingival dont nous avons à nous occuper.

Les débris épithéliaux paradentaires composés de cellules cylindriques produiront des néoformations ayant aussi le caractère épithélial.

En outre, le tissu osseux avec ses dépendances, périoste et moelle, nous donnera le sarcome à myéloplaxes.

Dans le diagnostic, nous aurons à différencier l'épithélioma gingival, de ces deux dernières tumeurs avec lesquelles il pourrait être quelquefois confondu.



HISTORIQUE

Comme nous l'avons déjà signalé, l'épithélioma gingival est le plus souvent le résultat de la propagation d'un cancer développé dans le plancher buccal, dans la langue, le sinus ou sur les lèvres. Né sur place, il est très rare, la gencive paraissant jouir d'une certaine immunité à l'égard de cette tumeur maligne.

Aussi quoiqu'ayant fait de nombreuses recherches, nous n'avons pu rapporter que difficilement quelques observations mettant clairement dans l'épithélium gingival le siège primitif de la maladie.

C'est que longtemps on a englobé sous le nom général d'épulis toutes les variétés de ces tumeurs même épithéliales, placées au niveau des gencives, et cette classification grossière régna jusqu'en 1840 et plus tard même.

Elle fut reconnue insuffisante seulement à mesure que les détails anatomiques et cliniques propres à chacune de ces variétés commencèrent à être mieux

connus, successivement par les travaux de Lebert (1845), Nélaton (1847), Robin (1849).

Dans les premiers cas de tumeurs épithéliales rapportés vont donc être confondus les épithéliomas gingival et adamantin.

En 1872 et 1873, Magitot distingua bien en dehors des tumeurs épithéliales superficielles, des tumeurs intra-alvéolaires épithéliales, mais il les faisait naître aux dépens du soi-disant périoste alvéolo-dentaire.

C'est seulement vers 1876 que Reclus, rapportant un cas observé avec Verneuil, commença à différencier les tumeurs épithéliales du corps du maxillaire (le cancer térébrant) avec le cancer gingival proprement dit.

Enfin les remarquables travaux de Malassez en 1885 sur les débris épithéliaux paradentaires, éclairèrent d'un jour nouveau, l'origine des tumeurs épithéliales du maxillaire. Malassez démontra que l'épithélioma gingival ne pouvait pas se transformer en épithélioma adamantin, qu'en réalité on se trouvait en face de deux lésions distinctes pouvant à la rigueur empiéter l'une sur l'autre. Il avait trouvé des cellules polyédriques ou étoilées, (cellules de Huxley), productrices d'ivoire au milieu de globes épidermiques cornés, mais pour lui l'origine de la maladie était suivant la nature des cellules ou l'épithélium gingival ou l'épithélium adamantin.

Dans son travail sur les tumeurs des gencives, Désir de Fortunet, en 1889, consacre quelques lignes à l'épithélioma gingival, et rapporte quelques cas assez nets.

Récemment (1900-1903) M. le docteur Morestin s'est occupé de cette question et a publié quelques observations fort intéressantes qui d'ailleurs sont la base de notre travail.

~~~~~

## ÉTIOLOGIE

---

Dans ce paragraphe, en étudiant l'étiologie du cancer gingival, nous sommes forcés de rapporter les facteurs les plus importants de l'étiologie générale des tumeurs. L'influence de l'hérédité sur le développement des néoplasmes est très connue. L'individu porteur d'une tumeur maligne, peut léguer à ses descendants, comme l'a dit Verneuil, une véritable prédisposition à la diathèse néoplasique. Et cette hérédité n'est pas forcément similaire, la prédisposition pouvant se traduire par une tumeur toute différente de celle des ancêtres. L'influence de l'arthritisme a parfois aussi été invoquée. Mais dans l'examen des cas que nous relatons, il nous a été impossible de mettre en évidence quelques éléments de ce genre. Car la plupart du temps il n'est pas fait mention des antécédents héréditaire ou familial parce que sans doute ils ne paraissent pas intéressants.

Le sexe ne joue guère de rôle dans l'espèce, le relevé de nos cas donne une fréquence aussi grande

chez la femme que chez l'homme (7 cas contre 6). L'âge en revanche paraît être une cause adjuvante à remarquer. Très rare sans doute avant 45 ans, l'épithélioma gingival présente son maximum de fréquence entre 50 et 60 ans. C'est donc à une période assez avancée de la vie que l'affection semble se développer le plus volontiers. L'âge extrême auquel nous l'ayons relaté (24 ans) n'est pas à relever, car ce cas paraît être celui d'un cancer adamantin.

A côté des causes générales trop indécises, il faut accorder plus d'attention aux causes locales, aux irritations de toute nature de la muqueuse buccale, ce sont les excès de boissons alcooliques, l'abus du tabac et de la pipe (3 cas), « du brûle gueule du fumeur ».

Le plus souvent les caries dentaires (4 cas), un débris de dent cariée irritant les tissus voisins, les traumatismes antérieurs (avulsion, 2 cas) peuvent déterminer une inflammation chronique, une ulcération de la muqueuse voisine qui deviendra cancéreuse.

L'épithélioma peut atteindre aussi les individus au-dessus de quarante ans porteurs d'appareils prothétiques mal ajustés, d'un ratelier défectueux par exemple (1 cas). De même la mastication chez les malades édentés (Obs. I et III) est une cause d'irritation qui agit plusieurs fois par jour et tous les jours. Cette fatigue de la gencive par la mastication peut donc jouer un certain rôle.

Les affections anciennes de longue durée entretiennent encore une irritation perpétuelle et subissent une transformation épithéliomateuse.

Au niveau de cette muqueuse gingivale, les gingivites antérieures, le psoriasis buccal ou leucoplasie (2 cas) peut dégénérer en épithélioma.

On admet généralement que la mâchoire inférieure est le siège de prédilection des épithéliomas. Pourtant sur treize de nos cas où le siège était relevé, nous avons trouvé six fois la tumeur à la gencive inférieure et sept fois à la gencive supérieure.

C'est en tous cas, au voisinage des molaires (10 cas) que l'épithélioma gingival est le plus souvent trouvé, puis enfin englobant la région des incisives et des canines (3 cas).

En somme dans ces causes locales et purement occasionnelles, ce sont les traumatismes et les irritations qui sont le plus souvent incriminés, mais ce sont là des explications banales, communes à toutes les tumeurs et qui en général satisfont bien peu l'esprit.



# ANATOMIE PATHOLOGIQUE

## PATHOGÉNIE

---

L'anatomie pathologique macroscopique faisant aussi bien partie de la symptomatologie, nous placerons ce qui a trait à la morphologie du cancer gingival dans la partie clinique de notre sujet.

Examinons donc la constitution histologique de l'épithélioma gingival. Des coupes de tumeurs extirpées par M. Morestin et faites par M. Milian établissent nettement dans les huit premières observations qu'il s'agit d'un épithélioma dont le point de départ est dans la couche profonde de la muqueuse gingivale.

Dans tous ces cas rapportés, la tumeur n'est pas recouverte par l'épithélium superficiel ; l'ulcération de l'épithélium gingival a toujours été notée.

Si pourtant on observe la lésion au début, on doit remarquer sans doute un amincissement progressif de la muqueuse ; l'enveloppe épithéliale pavimenteuse qui recouvre d'abord la masse néoplasique est refoulée,

tendue; les couches épithéliales profondes étant en voie de multiplication désordonnée, tâchent de trouver place, font disparaître la couche unique superficielle et l'on trouve ainsi peu à peu la masse épithéliale profonde, dénudée de tout revêtement. La néoplasie épithéliale a détruit en tous cas la membrane basale et l'on aperçoit dans les mailles du tissu conjonctif une accumulation parfois considérable de blocs cornés, de ces amas cellulaires qui présentent la transformation métatypique. Ces globes épidermiques colorés en jaune par l'acide picrique, se montrent évidemment formés de cellules épithéliales imbriquées les unes sur les autres, très reconnaissables à la périphérie, mais confondues au centre en de véritables perles renfermant des cellules en voie de kératinisation.

La délimitation entre l'épithélium et le tissu conjonctif papillaire ne se fait plus, ce dernier laisse suinter un liquide séro-sanguinolent; tous les vaisseaux du tissu sous-épidermique sont béants, à endothélium turgescent, souvent bourrés d'éléments figurés du sang, de leucocytes.

Le tissu osseux paraît rester longtemps indemne, puis le maxillaire est intéressé, les bourgeons épithéliaux toujours progressant finissent par forcer la coque osseuse et par s'enfoncer entre les deux tables du maxillaire.

Les tissus voisins moins résistants sont infiltrés par la néoplasie épithéliale qui gagne ainsi le plancher de la bouche, (obs. VII) la partie interne de la joue et le palais.

Quant à la pathogénie de l'épithélioma gingival, ou cause première de sa production, elle se confond avec celle des autres néoplasies, puisque nous avons affaire à une tumeur maligne.

On chercha à expliquer de toutes les façons la nature intime des désordres mortels que ce mal opérait chez les sujets atteints.

Ainsi fut établie la fameuse formule de Virchow *omnis cellula ex cellula* ou théorie du développement continu. Le cancer avait pour point de départ les corpuscules du tissu conjonctif qui s'hyperplasiaient.

Puis ce fut la théorie de Verneuil sur la diathèse néoplasique.

Conheim chercha à expliquer la genèse du mal par la théorie de l'inclusion fœtale. « Toute tumeur dérive de la prolifération excessive des débris cellulaires embryonnaires persistants chez l'adulte. » Mais cette théorie du savant histologiste s'appliquerait plutôt au cancer adamantin résultant du bourgeonnement désordonné des vestiges épithéliaux paradentaires.

Il y eut la théorie de Thiersch ou « de la rupture d'équilibre entre les tissus conjonctif et épithélial. »

Ce fut la théorie pathogénique de Bard pour lequel « une tumeur est une monstruosité de développement cellulaire ; elle est le fait de la prolifération sans frein de cellules malformées, devenues anarchiques et entrées en quelque sorte en révolte contre la collectivité. » Mais toutes ces théories étaient des hypothèses ; la preuve scientifique restant toujours à faire, elles furent peu convaincantes et tombèrent tour à tour.

Dans l'état actuel de la science, la théorie infectieuse paraît triompher quoique jusqu'ici peu de médecins y aient ajouté foi.

Les théories coccidienne (sporozoaires) et blastomycétienne (levures) semblent elles-mêmes céder la place à la théorie microbienne ; l'infection n'est plus due ni à un parasite animal (coccidie), ni à un végétal (levure), mais à un microbe, bactérie ou microcoque, de la même classe que ceux déjà connus du charbon, furoncle, tuberculose.

Dans le cas qui nous occupe, dans cette localisation aux gencives, le parasite ou micro-organisme peut trouver un véhicule dans les détritits alimentaires, il peut séjourner ainsi dans la cavité buccale et pénétrer jusqu'à la couche de prolifération épithéliale par la porte d'entrée que ne peut tarder à lui offrir un petit point de la gencive.

D'ailleurs l'engorgement ganglionnaire presque constant est un signe d'infection par propagation lymphatique.

Mais, sachons attendre les longs contrôles expérimentaux pour admettre et classer définitivement ce parasite encore insuffisamment étudié.



## SYMPTOMATOLOGIE

---

Le début même de l'affection n'est ordinairement pas observé. La masse néoplasique doit refouler peu à peu l'épithélium qui va toujours en s'amincissant et lorsque le malade se fait examiner, la lésion revêt le plus souvent l'aspect suivant : nous avons sur le rebord alvéolaire ou au niveau de la sertissure des dents, une ulcération superficielle allongée ou arrondie ; ses bords accusent un léger bourrelet et sont irréguliers, épais, indurés ; le fond est végétant, couvert de bourgeons rouge violacé, avec ça et là des détritits blanc grisâtre, et saigne au moindre frottement. L'ulcère a tendance à s'étendre ou à creuser, il repose lui-même sur une induration diffuse, mal limitée, adhérente au tissu voisin. Souvent cet ulcère est tout et le mal semble finir à la bordure de l'ulcération.

Le tissu néoplasique est indolent à la pression ; parfois le malade ressent des douleurs vagues, indécises. Si une dent est intéressée par l'affection, elle devient peu à peu mobile et finit par tomber d'elle-même ; sou-

vent le patient la fait lui-même enlever (observation XIII) pour calmer les douleurs dont il l'accuse. Les ganglions ne seront pas encore sentis dans la région sous-maxillaire et parotidienne.

Puis le néoplasme continue sa marche débordante. Du côté du maxillaire inférieur l'envahissement se fait plus lentement, la périoste est d'abord intéressé et la tumeur adhère au maxillaire ; comme la portion horizontale de cet os a deux tables de tissu compact, l'une interne, l'autre externe, extrêmement dense et serrée, elle peut opposer à l'envahissement par le néoplasme qui vient à son contact une résistance sérieuse.

Mais la tumeur évoluant toujours, arrive à forcer par endroits la coque osseuse, les boyaux épithéliaux ont pénétré dans le tissu aréolaire central, tissu spongieux et moins solide, où ils peuvent se développer librement : l'os est envahi et désorganisé. La coulée néoplasique s'infiltré également dans les tissus voisins les moins résistants. Elle pourra gagner plus dans un sens que dans l'autre, tantôt elle envahira la paroi externe du maxillaire et viendra faire saillie sous la joue, tantôt elle gagnera le plancher de la bouche, et les ganglions alors seront pris.

Dans une observation (observation VI), à l'examen anatomique et microscopique de la pièce, M. Morestin a pu même faire les remarques suivantes. Le cancer après avoir considérablement agrandi les alvéoles des 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> grosses molaires, a dédoublé les deux lames de la branche horizontale et s'est étendu dans l'épaisseur de l'os jusqu'au bord inférieur. La table interne s'est

amincie et ramollie, à tel point, qu'elle peut donner lieu par sa finesse excessive à une sensation d'enfoncement sous le doigt, comme dans le cas du sarcome.

Dans l'observation V, les lésions du maxillaire étaient encore à un stade plus avancé. La partie moyenne de la moitié gauche de la machoire inférieure présentait une mobilité anormale. Il y avait eu fracture spontanée. L'os était détruit complètement sur une longueur de trois centimètres, le nerf dentaire lui-même était dissocié par les éléments néoplasiques.

Toutes ces descriptions visent la tumeur au maxillaire inférieur : celle-ci en se développant au maxillaire supérieur peut atteindre les parois de l'antre d'Highmore et soulever le plancher de l'orbite, amenant ainsi les symptômes propres aux tumeurs du sinus.

Parallèlement à l'extension des lésions, les troubles fonctionnels se font de plus en plus sentir. Au début l'état général restait satisfaisant, les symptômes fonctionnels faisaient défaut ; maintenant la mastication et la déglutition sont pénibles, la salive s'écoule hors de la bouche, les douleurs deviennent intolérables et s'irradient en tous sens.

Epuisé par ces douleurs, l'hémorrhagie et l'inanition, le malade se cachectise de plus en plus.

Parfois (observations X, XI, XII) l'affection apparaît comme une tumeur non ulcérée dont le volume est celui d'une noix environ ; celle-ci, violacée et grenue, adhérente au plan profond est le siège, sinon de douleurs très

violentes, du moins d'une sensation de tension profonde, d'odontalgie.

Voilà le tableau le plus exact possible de l'épithélioma gingival : dans la plupart des cas il ne sera pas difficile de faire, presque d'une façon absolue, le diagnostic clinique de cette maladie, mais il sera bon toutefois d'y adjoindre l'examen histologique.

Cette phase du diagnostic a été traitée précédemment.

---

## DIAGNOSTIC

---

Donc l'épithélioma gingival pourra se reconnaître à ses tendances ulcéreuse, végétante, envahissante, à ses bords irréguliers, durs, saignants, aux douleurs que parfois il détermine, à l'engorgement ganglionnaire dont il finit par s'accompagner.

Le diagnostic est d'abord à discuter avec l'ulcère dentaire, l'ulcère tuberculeux, la syphilis. L'ulcère simple creusé sur la gencive dégarnie en regard d'une dent rugueuse de la mâchoire opposée, peut s'indurer, être fongueux, s'accompagner d'adénopathie et survenir chez un homme âgé. En cas de doute il faudra enlever le chicot suspect et observer attentivement l'effet produit par l'extraction.

Quant à l'ulcération tuberculeuse, elle présente des bords capricieusement découpés, décollés et flottants qui ne sont pas indurés et ne reposent pas sur une plaque résistante. Le fond est raviné, anfractueux, recouvert par place de débris caséux ou de semis de granulations jau-

nâtres signalés par Trélat. La lésion ne saigne pas quand on la frotte légèrement et sa coloration générale est blafarde, atone, uniforme. A la périphérie on observe une zone rouge, mal limitée, avec quelques petits nodules également.

Ici l'adénopathie est habituelle, dans l'épithélioma gingival elle est inconstante.

L'examen microscopique donne des follicules tuberculeux avec des cellules géantes très nettes. Enfin les ulcérations tuberculeuses s'observent en général dans l'âge moyen ou même avant. Salter rapporte un cas d'ulcération strumeuse des gencives et du palais chez un sujet de dix-neuf ans. M. Morestin signale un cas de tuberculose labio-gingivale chez un homme de 36 ans.

L'épithélioma des gencives se distingue de même de la syphilis à ses diverses périodes. Le chancre de la gencive sera petit, siègera le plus souvent au niveau du bord gingival ; la lésion elle-même se présentera sous forme de plaque indurée, rouge foncé, arrondie. Les ganglions seront pris rapidement dans le chancre et resteront mobiles, ils augmenteront lentement de volume et adhéreront de bonne heure dans l'épithélioma gingival.

Les plaques muqueuses se présenteront sous l'aspect de papules érosives : elles seront ordinairement disséminées dans la bouche et ne s'accompagneront ni d'induration, ni d'adénopathie.

Quant aux gommès, elles seront plutôt rares sur la gencive, et auront une prédilection plus marquée pour

le voile du palais. D'ailleurs elles revêtiront une physiologie spéciale avec leurs bords coupés à pic, pigmentés ou jambonnés ; leur fond sera bourbillonneux et peu saignant. Il existera des ganglions cervicaux et il sera toujours de règle « de tâter le pouls à la vérole ».

Dans les cas où l'examen objectif pur serait en défaut, il ne faudrait pas attendre l'évolution de la maladie, et en l'absence d'autres manifestations antérieures ou concomitantes, il serait bon de prendre comme guide l'action du traitement « pierre de touche ». Ajoutons que l'épithélioma des gencives se présente après quarante ans, et le plus souvent à un âge plus rapproché de soixante que de cinquante, alors qu'en général les accidents primaires, secondaires, tertiaires de la syphilis sont plus précoces.

De même les gingivites chroniques peuvent occasionner des ulcérations de la gencive. La périostite à forme fongueuse, donne une lésion dont le relief est très accusé, et la couleur en général rouge sombre ; on aperçoit sur la surface granuleuse ça et là de petites végétations mamelonnées que baigne un suintement purulent. Mais cette gingivite reste stationnaire, est provoquée par des amas de tartre et des chicots dentaires. L'exploration peut faire découvrir des fistules qui examinées au stylet conduisent sur un os dénudé.

Le diagnostic peut encore être établi avec l'épithélioma térébrant de Verneuil et Reclus, à marche rapide, mais caractérisé par une cavité spacieuse et tapissée de bourgeons exubérants. Le stylet nous fait sentir dans ce cas, de nombreuses fongosités sans os dénudé. Cet

épithélioma cavitaire a pour origine les kystes si fréquemment appendus aux racines des dents, kystes eux-mêmes naissant des débris épithéliaux, vestiges du bourgeonnement des cordons des dents temporaires et permanentes.

Les cas de Reclus ont été observés à un âge avancé chez un homme de 79 ans et une femme de 59 ans.

Nous avons là sans doute une forme intéressante et très grave de la tumeur adamantine.

Dans l'épithélioma adamantin ordinairement le sujet est jeune et le néoplasme se développe lentement chez des adolescents au moment de l'évolution de la deuxième dentition (8 à 25 ans).

Le tissu de la gencive au lieu d'être primitivement envahi, comme dans le cancer gingival, est d'abord respecté et la tumeur paraît plutôt le repousser que l'envahir. Le maxillaire est de suite intéressé, les deux tables osseuses sont vite amincies par la distension et on éprouve sous le doigt une sensation d'enfoncement et même de crépitation parcheminée. Au microscope, on trouve des amas épithéliaux qui reproduisent l'aspect du germe de l'émail pendant la vie intra-embryonnaire et c'est là sa caractéristique (cellules de Huxley). On observe d'abord des amas constitués de dehors en dedans par une couche de cellules cylindriques assez hautes, puis par une couche de cellules aplaties formant deux ou trois rangées, le centre même étant occupé par les cellules étoilées, anastomosées en réseau (cellules de Huxley).

L'épithélium gingival conserve partout le type malpighien normal.

Fréquemment on peut retrouver à l'intérieur de la tumeur adamantine, une dent incluse plus ou moins bien formée; enfin, cette tumeur a une grande tendance à la dégénérescence kystique. (Nové Josserand et Bérard.)

L'engorgement ganglionnaire n'existe pas.

L'observation XII semble se rapporter à un épithélioma résultant de ces débris épithéliaux paradentaires.

Le diagnostic de l'épithélioma gingival peut se faire aussi avec l'odontome. C'est, suivant Broca, une tumeur constituée par l'hypergenèse des tissus dentaires transitoires ou définitifs. Nous laisserons de côté la première période de son développement pendant laquelle il occupe l'épaisseur du maxillaire et ne donne lieu qu'à des névralgies, nous ne parlerons que de la tumeur constituée intéressant les molaires et occupant le voisinage du bord alvéolaire.

On peut alors constater à l'examen de la bouche qu'il manque une ou plusieurs dents, « et qui n'ont jamais poussé », dira le malade. Enfin, d'après Broca, il faudra penser que l'odontome s'observe seulement chez les sujets jeunes encore, tout néoplasme qui se montre dans les mâchoires après l'achèvement de l'évolution dentaire n'étant certainement pas un odontome. Broca distingua l'odontome embryoplastique, caractérisé par la présence dans sa structure de formations adamantines sans ivoire ni émail, l'odontome

odontoplastique avec grains dentinaires, l'odontome coronaire avec tissu dentinaire nettement formé.

Malassez prétend trouver les deux premières variétés d'odontome dans l'épithélioma adamantin plus ou moins bien développé et les identifie avec celui-ci.

L'épithélioma gingival se distingue de la forme néoplasique de l'actinomycose (Poncet), qui donne, au début, de vives douleurs et un gonflement diffus des gencives. En *l'absence* des fistules laissant couler un liquide purulent avec les grains jaunes caractéristiques, il sera *difficile* de se prononcer.

Le diagnostic peut être délicat avec le sarcome à myéloplaxes qui affectionne particulièrement le maxillaire. Cette tumeur aura une couleur rouge foncé, eile sera presque pure, contenant seulement des cellules énormes, visibles même à l'œil nu, ou mélangée aux autres variétés de sarcome (fuso et globocellulaire).

L'histoire clinique du sarcome donne son maximum de fréquence vers 15 à 20 ans, chez la femme et au maxillaire inférieur; c'est un tissu très mou et friable.

Dans les observations on n'a pas noté l'envahissement de l'antre d'Highmore par l'épithélioma gingival. Ce néoplasme ne paraît pas avoir tendance à obstruer le sinus de ses végétations et nous n'avons pas à insister sur les tumeurs du sinus maxillaire qui arrivent à se faire jour dans la bouche par l'alvéole et qui peuvent, au premier abord, en imposer pour un cancer gingival.

D'ailleurs, les épistaxis et les écoulements par le

nez de liquides sanio-purulents seront des signes de premier ordre de tumeur épithéliale du sinus ; de plus, la distension rapide de la joue qui peut s'ulcérer en donnant passage à un liquide aqueux, fétide, fera établir le diagnostic d'une façon certaine.

Comme le revêtement du sinus est constitué par un épithélium cylindrique, l'examen microscopique donne, non pas ces globes épidermiques et ces amas stratifiés qui naissent sur les muqueuses à épithélium pavimenteux, mais bien plus tôt des éléments cylindriques analogues à ceux qui tapissent le sinus.



## ÉVOLUTION — PRONOSTIC

---

La rapidité d'évolution de l'épithélioma gingival est un de ses caractères fondamentaux, les observations à ce sujet sont probantes. L'infiltration des parties avoisinantes et des ganglions n'a jamais tardé à survenir ; le périoste et le tissu osseux lui-même sont précocement intéressés. Dans les cas de M. Morestin la tumeur ne met à évoluer avant d'être opérée que de quelques semaines à quelques mois (cinq mois environ) ; dans les cas de Désir de Fortunet, de un à quatre mois.

Et même lorsque l'intervention a paru complète, la guérison sans récédive n'a pas toujours été obtenue. Nos observations ont prouvé que cette dernière éventualité était toujours possible. Deux malades dont on rapporte l'histoire ont été opérés trois fois. Ce sont les malades du docteur Morestin et du professeur Le Dentu. Mais ce dernier cas, il faut l'avouer, n'est pas très net.

Donc en raison du développement rapide de cette tumeur, de sa grande tendance à envahir les tissus environnants et les glandes lymphatiques du territoire, en raison

enfin des récidives, nous admettrons la grande malignité de l'épithélioma gingival.

Le pronostic de cette affection sera par cela même d'une gravité extrême. Il sera subordonné à la précocité de l'opération qui doit être radicale afin de ne rien laisser de suspect, une intervention opportune pouvant entraver les progrès du mal.

Mais il vaut mieux s'abstenir que de faire une excrèse timide et incomplète ; un délabrement trop étendu est préférable à une extirpation trop parcimonieuse, les imperfections plastiques et fonctionnelles les plus pénibles valant toujours mieux qu'une récidive.

---

## TRAITEMENT

---

Nous passerons sous silence les diverses méthodes anciennement employées et qui donnent de très mauvais résultats. Ces vieux procédés qui consistent dans l'application de différents caustiques doivent être totalement abandonnés.

Pour nous le traitement dépendra de la manière dont on a envisagé le pronostic. Or comme la tumeur est d'une grande malignité, nous serons loin de préconiser la chirurgie conservatrice. Notre intervention sera non seulement légitimée par l'évolution rapide de la tumeur, mais encore par les troubles fonctionnels qu'elle peut entraîner.

Il est inutile de pratiquer l'opération par les voies naturelles parce qu'elle sera toujours incomplète. Tout au plus pourrait-on faire de cette façon un curetage soigneux de la tumeur, mais le procédé, s'il a l'avantage de moins défigurer le patient, le fait courir au devant d'une récurrence certaine et presque immédiate.

Quelle sera donc en premier lieu la thérapeutique à suivre ?

On fera l'antisepsie de la cavité buccale ; puis on ira réséquer par la voie externe, soit à la pince coupante, avec de fortes cisailles, soit à la gouge ou au maillet, toute la portion osseuse correspondant au tissu malade. Si la lésion paraît minime, on se contente de trancher tout le bord alvéolaire de façon à le déduire dans toute sa hauteur, mais le plus souvent il faudra enlever avec la lésion, tout le plan osseux sur lequel elle repose, sans négliger de sacrifier une large bordure de la muqueuse macroscopiquement saine.

On extirpera les organes lymphatiques qui sont lésés. Mais ici ce ne sont pas les ganglions superficiels qui sont atteints comme dans les lésions cancéreuses des lèvres ; les ganglions profonds par suite de leurs connexions avec le système lymphatique des gencives sont seuls dégénérés. Cette situation rend l'extirpation plus difficile ; ils ne peuvent pas être amenés sur le bord du maxillaire et enlevés par une simple incision du tégument, il faut aller les chercher dans la loge sous-maxillaire et l'intérieur même de la glande. Cette recherche ne présente du reste aucune gravité, les blessures de la glande sous-maxillaire étant aussi bénignes que promptement cicatrisées. On pourra terminer l'opération au besoin par une cautérisation large au thermo-cautère qui arrêtera en même temps l'hémorragie.

M. le docteur Morestin se sert du débridement de Jaeger et c'est le mode opératoire de prédilection.

Ce dernier ayant eu à extirper un cancer assez étendu de la langue et du plancher buccal, imagina de

faire à la joue une incision transversale qui ouvrit une large brèche permettant d'arriver facilement sur le mal.

Voici la description de ce procédé :

On fait à la joue une incision allant de la commissure des lèvres au bord antérieur du masséter et intéressant toute l'épaisseur des parties molles, on écarte les deux lambeaux : on excise alors les parties malades puis on procède à la réunion au moyen d'une double suture, l'une simple pour la partie muqueuse, l'autre entortillée pour les parties externes. On enlève, ou bien on épargne la glande sous-maxillaire, on évite si possible de couper les muscles stylo-glosse et hyo-glosse.

On lie les vaisseaux qui saignent.

Pendant tout le temps que dure l'opération, le malade a dormi au chloroforme sans qu'on ait eu à en suspendre l'administration.

Tout s'est bien passé, les suites opératoires sont sans gravité sérieuse et le pronostic est relativement bénin.

Après cicatrisation si la perte de substance est large, l'application d'une pièce prothétique sera parfois indiquée.

Les chiffres sont là pour donner plus de poids à l'affirmation de larges ablations.

Sur dix cas d'intervention que nous ayons pu réunir, on a fait cinq fois la résection et la guérison a eu lieu, il est toutefois regrettable que les malades n'aient pas été revus.

Dans deux cas, récurrence presque immédiate suivie de mort, l'opération laissant ça et là forcément des masses néoplasiques qui ont proliféré de nouveau.

C'est la seule explication qu'on en puisse donner.

De par sa nature même le cancer gingival réclame donc une grande intervention ; son évolution justifiant pleinement l'ablation la plus complète, il faut toujours faire la résection partielle ou totale de la partie du maxillaire correspondant à la lésion, tout en ne craignant pas d'empiéter sur le tissu sain.



## OBSERVATIONS

---

### OBSERVATION I

*Cancer à point de départ gingival, par M. le Dr Morestin.  
(Bulletin de la société anatomique, 26 octobre 1900).*

Le malade était un homme de 55 ans, venu, pour me consulter le 1<sup>er</sup> mai 1899. Difficile à interroger étant complètement sourd, il nous a appris néanmoins qu'il était grand fumeur, et que l'affection dont il était atteint remontait seulement à quelques semaines. Il avait perdu depuis longtemps toutes ses molaires d'en bas, d'un côté comme de l'autre. Or, sur la gencive inférieure gauche, dans la partie dépourvue de dents existait une ulcération longitudinale, en ruban, étendue depuis la branche montante du maxillaire, jusqu'à la canine qui persistait, ulcération granuleuse, à fond tourmenté, couvert de bourgeons, rouge violacé, irréguliers, avec ça et là des détritits blanc grisâtre.

Un léger bourrelet dur entourait cette plaque ulcérée immo

bile sur le bord libre du bourrelet gingival. Un liseré d'un blanc de lait lui formait une bordure incomplète, mais nettement visible en dedans et en dehors.

C'étaient les restes d'une plaque leucoplasique, qui avait été sans aucun doute l'origine de l'épithélioma. Il eut été très facile d'extirper cette lésion avec quelques chances d'obtenir un résultat favorable ; mais cet homme très pusillanime, s'enfuit dès qu'on essaya de lui faire comprendre la nécessité d'une opération.

## OBSERVATION II

*Cancer à point de départ gingival, par M. le D<sup>r</sup> Morestin,  
(Bulletin de la société anatomique. 26 octobre 1900)*

Il s'agit d'une femme de 50 ans, M. D. qui m'a été adressée par Leredde et qui est entrée le 24 août 1899 à Saint-Louis. Isolement n° 16.

Cette femme présentait du côté droit de la bouche, une ulcération occupant la gencive supérieure et empiétant sur la voûte palatine. Le début apparent remontait à deux mois. Une dent cariée depuis longtemps, était brusquement devenue douloureuse. On en avait fait l'extraction, mais les souffrances loin de diminuer avaient paru augmenter encore, en même temps que l'ulcération, dont la présence avait été constatée lors de l'extraction, s'étendait vers le palais.

Au moment de l'entrée à l'hôpital cette ulcération pouvait

être évaluée aux dimensions d'une pièce de 1 franc ; par sa forme elle rappelait une écaille d'huitre dont la partie externe moins étalée, répondait à l'emplacement de la dent enlevée qui était la deuxième molaire et entourait un chicot vestige de la première. Ce chicot était encore assez solidement implanté, d'où l'on pouvait conclure que son alvéole était encore probablement respectée.

L'ulcération était superficielle, sèche, très granuleuse, entourée d'un très léger relief indiquant un mince bourrelet, saignant facilement au toucher, indolente à la pression.

C'était un cancroïde de la gencive, il avait pris naissance au voisinage immédiat de la dent, au niveau de la sertissure de cette dent et s'était de là propagé surtout du côté de la muqueuse.

L'exploration de la gencive du côté externe était négative, il n'y avait de ce côté, ni saillie anormale, ni changement de coloration, ni douleur à la pression, rien qui indiquât une modification de la portion alvéolaire du maxillaire supérieur, de la fibro-muqueuse qui la recouvre, ni du sinus d'Highmore.

Pas de ganglions. Etat général excellent, rien ailleurs. santé antérieure irréprochable.

Le 25 août, j'opérai cette malade, en m'aidant du débridement de la joue à la manière de Jaeger. Je fis l'extraction du chicot, puis traçai autour du néoplasme une incision passant à 8 millimètres à peu près tout autour, décollai avec la rugine courbe de dedans en dehors la muqueuse du palais osseux et constatai que la face profonde de cette membrane était de bonne apparence, puis réséquai avec la pince gouge le bord alvéolaire, de façon à le déduire dans toute sa hauteur, bien que dès le premier coup de pince on pût constater que le tissu néopla-

sique ne pénétrait pas dans l'intérieur de l'os. Je voulus réserver encore la portion palatine adjacente.

La dernière molaire n'existait plus, j'avais détruit le bord alvéolaire depuis sa partie postérieure jusqu'à l'implantation de la deuxième prémolaire, et l'intervention semblait dépasser très largement les limites du mal. La palatine postérieure tranchée par un coup de gouge nous donna du sang, mais on sait que les hémorragies de cette artère un instant gênantes, s'arrêtent très vite malgré la violence du premier jet. Il suffit de comprimer et d'attendre un instant, l'hémorragie s'arrête presque toujours. C'est ce qui arrive chez ma malade ; après quelques minutes je pus recoudre la joue en toute tranquillité. Les fils furent enlevés le 1<sup>er</sup> septembre, le débridement génien étant parfaitement réuni. Du côté de la bouche la plaie bourgeonna rapidement, prit un aspect très satisfaisant et la cicatrisation fut complète vers la fin de septembre.

La cicatrice extérieure était peu visible, les mouvements de la mâchoire à peine gênés.

Mais cet état satisfaisant dura bien peu ; la récidive survint presque immédiatement, envahissant d'autres parties de la gencive et la muqueuse palatine et la malade entra de nouveau à Saint-Louis, Isolement n° 32 le 14 novembre 1899.

Elle fut réopérée dès le lendemain 15 novembre, l'intervention consista comme la première fois dans l'extirpation du tissu malade et d'une zone saine autour de l'ulcération.

Les deux prémolaires furent sacrifiées ; ce qui pouvait rester du bord alvéolaire, une bonne partie du palais osseux, furent détruits à la pince gouge.

Le débridement commissural avait rendu ces manœuvres

assez faciles. la section faite sur l'ancienne cicatrice n'avait pour ainsi dire pas donné de sang.

La malade sortit le 26 novembre la joue cicatrisée, les fils ôtés depuis 4 ou 5 jours déjà, et la plaie intra-buccale en voie de réparation.

Mais la repullulation fut également rapide et la récurrence était constatée au mois de février, en même temps que se montrait un tout petit ganglion dans la région sous-maxillaire. J'essayai de persuader à la pauvre femme qu'il fallait se résigner encore. Elle ne voulut rien entendre à ce moment, et l'insuccès des deux premières opérations était bien fait, il faut l'avouer, pour la décourager de tenter une troisième fois l'aventure. Plus tard elle est revenue demander à n'importe quel médecin qu'on « fit n'importe quoi ». C'était au mois de juillet. La récurrence était considérable, la plaque ulcérée envahissait maintenant presque toute la moitié droite de la muqueuse palatine d'une part, de l'autre le sillon gingivo-génien supérieur. Il y avait en outre sur les confins de la région sous-maxillaire et de la région carotidienne une masse ganglionnaire du volume d'un œuf de pigeon, hélas peu mobile, déjà adhérente aux parties voisines. Malgré tout ce qu'une opération pratiquée dans de telles conditions offrait de difficultés, sans laisser d'espoir bien sérieux de guérison, je cédai aux instances de la pauvre femme et pratiquai :

1° La résection du maxillaire supérieur, laissant le plancher de l'orbite et emportant la partie malade de la joue et même la zone suspecte, et au delà ;

2° L'extirpation pénible de la masse ganglionnaire, ce qui nécessita la résection de l'artère faciale, du tronc veineux thyro-linguo-facial et l'extirpation de la glande sous-maxillaire. Les suites opératoires furent encore une fois simples et le ré-

sultat immédiat satisfaisant, à part les désagréments de la perte de la substance palatine et d'un notable degré de constriction des mâchoires

Ce qui n'était que trop à prévoir n'a pas tardé à survenir et j'ai vu récemment (15 octobre) la pauvre femme en train de se cachectiser. Le néoplasme avait reparu dans la bouche et il y avait aussi récurrence cervicale. Des douleurs vives ont fait leur apparition, l'alimentation devient difficile.

Enfin cette malheureuse ne tardera pas à succomber.

### OBSERVATION III

*Cancer à point de départ gingival, par M. le D<sup>r</sup> Morestin. — (Bulletin de la Société anatomique, 26 octobre 1900).*

La malade est entrée à l'hôpital Saint-Louis dans les premiers jours d'octobre, service de M. Richelot. Isolement n° 10.

C'est une femme de 66 ans, Mme Louise A., paysanne robuste, très bien portante jusqu'à ces derniers temps, à part de l'emphysème pulmonaire et la toux habituelle. J'avais pu déjà l'examiner au mois d'août à l'époque du congrès, et la lésion encore toute récente était grande comme une pièce de cinquante centimes. Elle a augmenté vite, car elle était bien comparable à un franc comme étendue quand a eu lieu l'opération, c'est-à-dire le 16 octobre. Comme la précédente malade, elle portait une ulcération buccale, occupant la gencive

supérieure et la partie avoisinante de la muqueuse palatine.

Elle siégeait aussi du côté droit et présentait des caractères objectifs parfaitement identiques.

Il n'y avait qu'une différence, c'est que l'autre avait encore des dents, et que la lésion avait pris naissance au niveau de la sertissure de l'une d'elles, tandis qu'ici elle siégeait sur le bord alvéolaire privé de ses dents depuis de longues années.

Elle était à cheval sur le bourrelet gingival, remontant du côté externe jusqu'au cul-de-sac supérieur du vestibule buccal, la partie interne étant légèrement prédominante.

Le fond à peine creusé était rugueux, chagriné, granuleux, couvert de petites saillies irrégulièrement globuleuses, séparées par des sillons anfractueux.

Un très léger relief, fort mince, d'un rouge violet limite cet ulcère. Ni douleurs, ni troubles d'aucune sorte. Pas d'engorgement ganglionnaire. Ici encore je me suis aidé du débriement de Jaeger. Mais au lieu de sectionner d'emblée toute l'épaisseur de la joue, j'ai incisé couche par couche et mis à nu au-dessous du buccinateur la face interne de la muqueuse vestibule.

J'en ai disséqué avec soin le cul-de-sac, et c'est après l'avoir isolé depuis sa partie postérieure jusqu'au voisinage de la canine, que je l'ai coupée à son tour plus de 1 centimètre en deça de la lésion, laissant cette large bande adhérente au maxillaire. La fibro-muqueuse palatine a été de même incisée à distance et décollée à la rugine jusqu'au niveau de la surface ulcérée.

J'ai alors attaqué le maxillaire au-dessus du rebord alvéolaire et du point de réflexion de la muqueuse. En incisant le

périoste, la pointe du bistouri pénétra dans le sinus dont la paroi postéro-externe était résorbée et présentait un amincissement extrême et une perforation spontanée. Il me suffit d'employer de forts ciseaux pour détruire cette paroi. Avec une pince de Liston, je pus alors trancher le rebord alvéolaire, réduit à une très faible épaisseur, en avant et en arrière de la cloison, l'apophyse palatine du maxillaire fut attaquée à la pince-gouge et facilement réséquée. La lésion était enlevée d'un bloc, avec le plan osseux sur lequel elle repose, et une large bordure de muqueuse macroscopiquement saine.

La palatine postérieure sectionnée a saigné assez abondamment. L'exérèse avait été jusqu'à intéresser la muqueuse inférieure du voile. L'hémorrhagie s'est arrêtée par le tamponnement, mais la joue étant déjà recousue, le sang se mit à couler de nouveau. Je dus faire sauter les points de suture pour porter le thermo à l'endroit où le sang jaillissait et y appliquer un nouveau tamponnement.

Les suites de l'opération ont été fort satisfaisantes, la joue s'est réunie comme toujours, en pareil cas, par première intention et la plaie buccale est en bonne voie de réparation.

Sur la pièce on retrouve exactement, à la couleur près, tout ce qui a été noté sur le vivant. L'ulcération est partout plate, sauf dans le point qui confine au cul-de-sac gingivogénien.

Là elle a une légère tendance à creuser. Le bord alvéolaire est presque complètement résorbé; aussi la muqueuse de l'antra d'Highmore est-elle séparée du néoplasme par une très faible épaisseur. Elle paraît cependant encore intacte. D'ai-

leurs il s'agit d'une plaque ulcérée qui tendait à gagner en surface, non en profondeur.

Bien que le diagnostic ne fut pas douteux, j'ai demandé à M. Milian de vouloir bien prélever une parcelle de cette plaque ulcérée pour en faire l'examen microscopique. Notre obligeant collègue a constaté qu'il s'agissait bien, en effet, d'un épithélioma. C'est un épithélioma pavimenteux, où les globes cornés sont des plus manifestes.

#### OBSERVATION IV

*Cancer du maxillaire inférieur à point de départ gingival*, par M. le docteur Morestin. (*Bulletin de la Société anatomique*, 15 novembre 1901).

Le malade, qui est un homme de 56 ans a été opéré le 17 septembre 1901.

Le début apparent de sa maladie remontait à six mois environ. Une ulcération s'était montrée sur la gencive au niveau des dernières molaires, cariées depuis longtemps et réduites à l'état de chicots. Ces chicots devinrent branlants et s'éliminèrent spontanément, puis un petit séquestre se détacha, fragment d'une alvéole ; plus tard la joue se tuméfia, il se produisit au niveau de la mâchoire un épaississement, un gonflement appréciable à la vue et au toucher.

Quand le malade a été soumis à mon examen, il était facile d'établir l'existence d'un néoplasme occupant le corps du maxillaire, depuis la branche montante jusqu'au niveau de la pre-

mière petite molaire. néoplasme faisant saillie à la face externe. à la face interne et au niveau du bord inférieur de la mâchoire. Au niveau de la gencive, on voyait à la place qu'aurait dû occuper les deuxième et troisième molaires une ulcération déprimée occupant surtout le versant externe et atteignant la muqueuse génienne, le sillon gingivo-génien étant comblé par la tumeur et remplacé même par une saillie. Ce cratère, pas plus large qu'une pièce de un franc, laissait sourdre d'un fond grisâtre et irrégulier un ichor très fétide. Les bords étaient d'un rouge violacé et très durs.

Des ganglions sous-maxillaires engorgés formaient une masse distincte au dessus de la tumeur principale.

Le malade ne souffrait point, l'état général était très bon, et il n'y aurait eu rien à noter par ailleurs sans l'existence d'un emphysème pulmonaire très prononcé avec bronchite chronique, qui devait nous inspirer les plus sérieuses craintes au sujet de l'anesthésie. Les dents avaient toujours été détestables, le malade avait fumé avec modération et n'avait pas la syphilis. La tumeur me parut un épithélioma ayant eu la muqueuse gingivale pour point de départ et, de là, ayant gagné les alvéoles et le périoste.

Dans ma pensée, le néoplasme entourait la maxillaire comme d'une virole, le pénétrant en outre par les alvéoles des dents molaires. J'ai fait à ce malade la résection de la moitié gauche du maxillaire, avec évidemment très complet de la loge sous-maxillaire, puis, réuni la muqueuse génienne à celle du plancher de la bouche et celle de la base de la langue à l'isthme du gosier, tâchant de refermer aussi complètement que possible la cavité buccale. Les téguments furent rapprochés finalement par quelques crins. Les suites furent des plus heureuses et des

plus simples. La plaie cutanée, laissée ouverte à sa partie déclive, bourgeonne rapidement et le malade put rentrer chez lui guéri vers le milieu d'octobre.

## OBSERVATION V

*Cancer du maxillaire inférieur à point de départ gingival*, par M. le Dr Morestin. (*Bulletin de la Société anatomique*, 15 novembre 1901).

Le malade est à l'hôpital Saint-Louis, isolement, n° 8. Il a été opéré le 8 novembre. C'est un homme de 51 ans. Il fait remonter à six semaines le début de sa maladie, car il a commencé alors à souffrir très vivement de douleurs névralgiques occupant tout le côté gauche de la tête, douleurs pour lesquelles il s'est fait arracher une dent cariée. En réalité, la lésion évolue depuis un temps assez long, car elle est très avancée, une tumeur ulcérée couvrant la gencive depuis la deuxième petite molaire jusqu'à la branche montante et s'étendant même sur la muqueuse du plancher buccal, le sillon glosso-amygdalien et le pied du pilier antérieur d'une part, le sillon génio-gingival de l'autre. Le maxillaire au niveau de sa partie horizontale est englobé dans une tumeur assez volumineuse (un œuf) qui l'entoure complètement. D'autre part on sent sous la mâchoire des ganglions engorgés distincts de la tumeur principale.

Diagnostic trop évident pour être discuté en temps que tumeur maligne. L'origine elle-même n'est pas douteuse, étant

donnée l'étendue de l'envahissement muqueux ; le point de départ topographique est établi encore d'une façon nette par le maximum des lésions. J'ai fait ici encore la résection de la moitié gauche de la mâchoire, et le curage sous-maxillaire très complet, en y ajoutant l'ablation de la muqueuse du plancher buccal, d'une languette de la langue, du pilier antérieur du voile et de l'amygdale.

L'opéré va aussi bien que possible et comme il a passé la période dangereuse de ces interventions bucco-pharyngées, je suis autorisé à croire que lui aussi guérira opératoirement.

## OBSERVATION VI

*Cancer de la gencive propagé au maxillaire inférieur. — Résection du maxillaire. — De la correction des déviations du maxillaire après résection latérale partielle, par M. le Dr Morestin. (Bulletin de la Société anatomique, 14 février 1902).*

Le malade est un vieil acteur, de 61 ans. Il m'a été adressé par M. Nélaton, et est entré le 3 décembre à l'hôpital Saint-Louis, isolement, n° 28.

Le début constaté remontait alors à deux mois environ. Mais déjà depuis plusieurs années, il avait de la leucoplasie buccale. La langue est couverte sur toute sa face dorsale de plaques laiteuses d'un blanc éclatant. Mais il n'y en a ni sur les joues ni sur les gencives. Dans les antécédents, on relève une syphilis datant de quarante ans, qui fut très peu soignée

et l'usage du tabac, usage modéré, auquel le malade a renoncé dès le début de sa leucoplasie, ce qui n'a pas empêché, d'ailleurs, celle-ci de progresser.

L'ulcération qui occupe la gencive inférieure du côté droit a été le seul signe constaté. Il n'y a point de douleurs vives, mais quelques lancinements de temps à autre et une sensation habituelle de gêne. La troisième grosse molaire inférieure est en place et solidement implantée. Elle est entourée par l'ulcération, étant placée à son centre. Celle-ci a pourtant pris naissance au-devant d'elle, au niveau de la deuxième grosse molaire tombée depuis longtemps ainsi que la première. L'ulcère limité par un léger rebord, à peine surélevé et peu profond, granuleux, à cheval sur la gencive, descendait en dehors jusqu'au cul-de-sac gingivo-genien, en dedans jusqu'au voisinage du plancher. Le maxillaire n'offre aucune modification extérieurement appréciable. Dans la région sous-maxillaire, un ganglion gros comme une petite noix, dur, arrondi, indolent et mobile. On note encore sur le bord droit de la langue une ulcération allongée, longue de deux centimètres, déprimée à son centre, entourée d'un bord scléreux, et placée au milieu d'une région très fortement leucoplasique. Il n'y a aucun lien entre cette ulcération et la précédente, elles sont séparées l'une de l'autre par des tissus sains en apparence. Il est assez difficile d'être fixé sur la nature exacte de la dernière lésion qui, placée en regard de la troisième dent molaire peut être attribuée au frottement de la langue contre cette dent, la muqueuse étant rendue particulièrement vulnérable par son état leucoplasique.

Le 9 décembre, je fis : 1<sup>o</sup> l'ablation de la glande et des ganglions sous-maxillaires ; 2<sup>o</sup> l'ablation de la moitié correspon-

dante du maxillaire, en respectant toutefois la partie incisive. Le maxillaire, scié au niveau de la canine et libéré, fut enlevé par torsion et arrachement final; 3° l'excision large de la plaque linguale suspecte, suivie de réunion immédiate de la plaie; 4° la suture de la tranche de section génienne à celle du plancher; 5° la réunion incomplète de la plaie cutanée

Les suites furent d'une simplicité extrême; le malade étant emphysémateux, on avait une raison particulière de redouter des complications pulmonaires, mais il n'y eut de ce côté rien d'anormal. La température monta à 38° le soir, pendant trois jours, mais dès le lendemain de l'opération le malade était gai, de bonne humeur, de mine rassurante, avec un pouls excellent. Tout se passa le mieux du monde, la mèche stérilisée laissée dans la plaie fut ôtée le deuxième jour, les fils extérieurs le cinquième et le huitième ceux de la langue et la suture latérale.

Du côté de la peau, la réunion fut parfaite. Il ne persista, sur la ligne d'union géno-sous-lingale, qu'un petit pertuis postérieur laissant filtrer un peu de salive. Le drain fut raccourci progressivement, et ôté d'une manière définitive le quinzième jour. Au bout d'un mois, la cicatrisation était absolument complète.

L'opéré avait, d'ailleurs, quitté l'hôpital depuis plusieurs jours déjà. Actuellement, cet homme a repris complètement la vie normale. La déformation est très minime et il y a même là quelque chose de paradoxal en songeant à l'étendue de l'ablation. Quand il ouvre la bouche, on voit la moitié gauche restante se porter vers la droite au fur et à mesure qu'elle s'abaisse, entraînant la lèvre inférieure, ce qui amène une légère distorsion de la bouche.

L'incisive latérale inférieure droite répond alors à la deuxième prémolaire supérieure. Inversement, quand la mâchoire subit un mouvement d'ascension la déviation se corrige spontanément d'une façon presque complète, et la même incisive latérale répond à la canine supérieure.

Le retrait de la partie restante est presque imperceptible. Aussi la mastication peut-elle s'effectuer dans d'excellentes conditions et, sauf les aliments trop durs, le malade peut manger tout ce qu'il veut. Il est obligé de tremper son pain dans un liquide, mais il mâche fort bien la viande. L'élocution est aussi très satisfaisante, ce qui laisse un peu à désirer c'est la prononciation des *s*. Mais le malade peut débiter sans arrêt et sans peine d'assez longues tirades de vers. En somme, c'est un résultat assez rarement obtenu après les résections aussi étendues de la mâchoire inférieure. La raison en est que dans ce cas la réunion a été obtenue d'une façon, pour ainsi dire immédiate. Le principal facteur des déviations permanentes et accentuées de la moitié restante du maxillaire est la rétraction cicatricielle.

Si la plaie se ferme avec lenteur après une abondante supuration, la déviation est très accentuée et très gênante. Ici les tissus sont devenus très souples et ne gênent point le jeu de la mâchoire. Il est donc très essentiel d'obtenir, autant que possible une réunion rapide. C'est dans ce sens plus que dans l'application immédiate d'appareils prothétiques qu'il faut, à notre avis, perfectionner la technique, au moins pour les résections latérales, la question étant toute différente pour l'arc antérieur. Notre malade ne porte actuellement aucune pièce artificielle et ne semble pas en éprouver le besoin. Cette prothèse, après guérison, serait cependant possible sans de trop

grandes difficultés. Le peu de difformité tient surtout à ce que la partie antérieure de la mâchoire a pu être gardée ; la largeur du visage est peu modifiée et son pôle inférieur, la bouche au repos, garde sa régularité ; les muscles de la commissure conservant leurs connexions, leurs fonctions sont très peu compromises.

En outre les parties molles n'ont que peu de tendance à s'enfoncer vers la profondeur, à se recroqueviller à cause de la bonne qualité de la cicatrice.

Il y a anesthésie de la moitié droite de la lèvre inférieure due à la section du nerf dentaire. Le mouvement de torsion que subit la partie restante du maxillaire inférieur quand les deux mâchoires s'écartent, s'explique très naturellement par le point d'insertion des muscles abaisseurs très en dedans par rapport au point d'appui condylien, ces muscles agissant d'ailleurs au moment où les élévateurs qui auraient pu lutter contre ce mouvement sont précisément relâchés. On pourrait croyons-nous au cas où cette déviation serait assez prononcée pour gêner le malade, y remédier par une opération fort simple qui consisterait à déplacer une partie du sterno-mastoïdien, pour l'insérer sur la mâchoire, de manière à faire certains animaux un muscle sterno-maxillaire. Pour que ce muscle abaisseur surajouté pût contrebalancer l'action du digastrique et du génio-hyoïdien, il faudrait lui faire prendre insertion du côté externe de la mâchoire et assez en avant en l'attachant par exemple au bord antérieur du masséter près de son extrémité basse. Opération simple disions-nous ? Très simple.

Le sterno-mastoïdien est tout près de l'angle de la mâchoire qui vient le frôler quand elle s'abaisse.

Une incision courbe contournant cet angle permet de décou-

vrir aisément sterno-mastoïdien et masséter. Diviser le premier longitudinalement, attacher en haut le chef que l'on vient d'isoler par cette manœuvre, transporter et fixer cette extrémité sur l'aponévrose massétéline par quelques fils, il n'y a là en vérité rien de difficile, ni de dangereux.

La bénignité certaine de ces manœuvres nous engage à essayer de corriger ainsi la tendance à la déviation du maxillaire dans les pertes des substances latérales, surtout portant sur la partie postérieure de l'os.

La pièce enlevée chez notre malade ne montre rien qui ne fut prévu d'après l'examen clinique. Le néoplasme a pénétré dans les alvéoles des première et deuxième molaires et les remplit, elles sont d'ailleurs élargies, leurs parois sont résorbées en partie et la coulée néoplasique s'enfonce entre les deux tables du maxillaire jusqu'au canal dentaire. L'examen microscopique montre qu'il s'agit d'épithélioma pavimenteux à globes cornés, tout à fait typique, comme c'est d'ailleurs une règle presque invariable dans tous ces cancers buccaux.

L'ulcération linguale excisée au cours de l'opération eut été intéressante à étudier au point de vue histologique pour en déterminer exactement la nature, mais cette petite pièce a été malheureusement égarée

## OBSERVATION VII

*Cancer du plancher de la bouche d'origine gingivale, par*  
M. le D<sup>r</sup> Morestin. (Thèse Robillard, 1902).

M. B..., sculpteur sur ivoire, 47 ans, entré le 7 décembre dernier à la maison de santé des frères Saint-Jean-de-Dieu. Le

début de la tumeur a été constaté il y a cinq mois, mais la crainte d'une intervention a amené le malade à se faire traiter pendant tout ce temps par des applications topiques ou des injections de sérum. La tumeur est du volume d'une noix, remplissant l'arc du maxillaire inférieur soulevant et repoussant en arrière la langue. A ce niveau la muqueuse du plancher non ulcérée présente une teinte d'un rouge vif, elle ne peut être mobilisée à la surface de la tumeur qui lui adhère.

La langue, quoique déplacée a conservé une certaine mobilité.

Toutes les dents sont en place et d'apparence saine ; cependant la pression sur les incisives est douloureuse et celles du milieu sont branlantes.

Sur la face antérieure de la gencive, on note un léger soulèvement anormal au niveau duquel la muqueuse est également infiltrée et rouge. La tumeur est assez mal limitée, cependant on en peut apprécier assez exactement les limites postérieures. Sur les parties latérales l'adhérence au maxillaire ne dépasse pas les canines. Le doigt arrive à contourner assez facilement la partie postérieure du néoplasme.

La difficulté de l'alimentation a rendu l'état général médiocre. Depuis trois mois le malade est nourri exclusivement de liquide. la parole est presque incompréhensible, mais l'indolence reste pour ainsi dire complète, le malade n'éprouvant que de vagues douleurs lancinantes.

Il était évident qu'il ne s'agissait pas là du vulgaire épithélioma ayant pour point de départ la muqueuse du plancher, cette muqueuse étant manifestement envahie d'une façon secondaire.

On pourrait se demander s'il ne s'agissait point d'une tumeur

d'une des glandes sublinguales ayant contracté des adhérences au maxillaire ou bien d'une tumeur maligne ayant eu pour point de départ la gencive ou la partie alvéolaire de la mâchoire.

Bien que le malade soit grand fumeur il n'y a pas de leucoplasie, pas d'engorgement ganglionnaire. Le 10 décembre, l'opération fut pratiquée par les voies naturelles, je fis sauter au ciseau les incisives et les canines avec toute la partie alvéolaire correspondante, supprimant en somme toute la partie de l'os sus-jacente aux apophyses géni. Cette portion de la mâchoire, la tumeur, la glande sublingale, furent relevées en bloc et décollées du plan formé par les génioGLOSSes, ceux-ci furent eux-mêmes entamés pour permettre le dégagement de la partie postérieure de la tumeur, puis la muqueuse du plancher fut supprimée en arrière de la tumeur et celle-ci put enfin être enlevée.

Ces diverses manœuvres n'allèrent point sans une hémorrhagie assez abondante et naturellement fort gênante. Après cela la muqueuse du plancher était détruite presque en totalité et la face inférieure de la langue présentait elle-même une large surface cruentée. Celle-ci fut fermée par le rapprochement transversal des bords. Le reste de la plaie fut couverte de gaze iodoformée. Les suites furent simples, le malade n'eut jamais une fièvre, ni aucun trouble des voies respiratoires, mais il fallut l'alimenter à la sonde jusqu'au 17 décembre. Quelques petites escharres se détachèrent des bords de la plaie linguale dont il fallut couper le fil le troisième jour. Le malade a quitté la maison de santé le 21 décembre.

Il était complètement guéri dans les premiers jours de janvier, c'est dire que la réparation s'est faite avec une très grande

rapidité. Il a pu se faire mettre une pièce prothétique qui est parfaitement tolérée, la mastication et la déglutition ne sont aucunement gênées. Seule l'élocution reste défectueuse, bien que le malade puisse se faire comprendre assez facilement. L'examen de la tumeur montre qu'il s'agit d'un épithélioma pavimenteux à globes cornés, absolument typique dont l'origine gingivale est infiniment probable, étant donné la connexion de la tumeur et l'intégrité relative de la muqueuse du plancher. Les alvéoles des deux incisives médianes étaient envahies par la production néoplasique, leurs parois antérieures avaient cédé et c'était un petit prolongement de néoplasme qui venait faire saillie sous la muqueuse gingivale en avant.

### OBSERVATION VIII

*Epithélioma de la gencive propagé au maxillaire inférieur, par M. le D<sup>r</sup> Morestin. (Bulletin de la Société anatomique, 16 octobre 1903).*

Le malade est un vieux menuisier de 73 ans, Pierre R..., entré le 11 juillet à l'hôpital Saint-Louis. Isolement n° 15. C'est un grand fumeur de pipe. Il n'a pas eu la syphilis et n'a jamais fait d'autre maladie.

Le début de l'affection actuelle ne peut être précisé; mais remonterait à six mois environ. La lésion aurait pris naissance au voisinage des dents incisives de la mâchoire inférieure, se traduisant par un gonflement progressif de la gencive, l'ébranlement et la chute des dents correspondantes et par des hémor-

rhagies peu abondantes, mais très répétées. L'alimentation est devenue très difficile et ne peut plus se faire qu'au moyen de liquides, la mastication étant à peu près impossible. Aussi l'état général commence-t-il à s'altérer. Il existe une tumeur volumineuse occupant toute la partie antérieure de la bouche, repoussant les lèvres en avant et la langue en arrière. Elle remplit l'axe du maxillaire inférieur jusqu'à une ligne passant transversalement par les deux prémolaires postérieures. De la première molaire droite à sa congénère du côté opposé, la gencive est envahie tant du côté buccal que du côté ventriculaire. Les incisives médianes et latérales droites sont tombées ainsi que la canine droite. L'incisive latérale gauche, la canine gauche et les prémolaires sont très branlantes et leurs alvéoles manifestement envahies. Elles sont entourées de toutes parts par les bourgeons néoplasiques. La tumeur forme une grosse masse en bourrelet, largement ulcérée, couverte de mamelons très inégaux et irréguliers, mais relativement volumineux. Les lésions s'arrêtent en avant en cul-de-sac gingivo-labial et gingivo-génien, en arrière elles commencent à atteindre la muqueuse du plancher buccal.

La tumeur malgré le développement qu'elle a pris de ce côté ne s'est encore propagée que dans une faible étendue au plancher. Elle le surplombe sans se confondre avec lui et le doigt introduit en crochet dans la bouche, peut contourner cette saillie et pénétrer entre elle et la muqueuse sublinguale, en déprimant le plancher. La tumeur est plus volumineuse à droite du plan médian, plus avancé dans son développement.

Aucune trace de leucoplasie sur la muqueuse buccale. Pas d'engorgement ganglionnaire manifeste. Le diagnostic de tumeur maligne ne pourrait faire de doute, et cette tumeur

occupait exclusivement la région gingivo-alvéolaire, le bord inférieur du maxillaire et le plancher buccal n'offrant aucun indice d'envahissement.

On pouvait hésiter entre un épithélioma à point de départ gingival, ou un sarcome de la portion alvéolaire de la mâchoire, tout particulièrement à un sarcome à myéloplaxes.

L'apparence clinique me parut surtout justifier cette dernière hypothèse, étant donnés la forme et le volume des bosselures qui couvraient la surface du néoplasme.

L'âge et l'état misérable du sujet étaient des conditions peu engageantes, cependant on ne pouvait abandonner purement et simplement ce malheureux à son néoplasme qui chaque jour apportait à l'alimentation une gêne plus grande. Je me décidais à faire l'ablation de la tumeur, mais pas plus, sans chercher les ganglions et en gardant une bande du maxillaire pour ne pas détruire sa continuité. Je ne crois pas qu'une opération plus étendue fut opportune chez un patient assez fragile. L'intervention eut lieu le 20 juillet, j'eus soin très vite, de réduire le plus possible la durée de l'anesthésie. Celle-ci ne fut d'ailleurs pas poussée très loin, l'opéré ne prit qu'une très minime quantité de chloroforme et seulement pendant quelques minutes. Je débriai d'un coup de ciseaux la commissure à droite et à gauche dans l'étendue de quinze millimètres. La lèvre inférieure saisie par deux tracteurs fut éversée, retournée montrant sa face muqueuse et les limites de la lésion. Un coup de bistouri transversal divisa la muqueuse labiale, en deça de celle-ci, à peu de distance du cul-de-sac. Un autre mit à nu la mâchoire, Deux coups de ciseaux poursuivirent cette libération le long des branches horizontales. M'armant alors d'un ciseau bien tranchant, je fis sauter d'un bloc, en quelques coups toute la

partie alvéolaire du maxillaire dans l'étendue du néoplasme. Celui-ci fut donc emporté avec toute son assise osseuse. Craignant d'en laisser quelques parcelles, je vidai la loge sublinguale, enlevant glandes et muqueuse, toutes les parties molles au-dessus du plancher musculaire. Les dernières molaires furent arrachées.

Avec la pince-gouge, le maxillaire fut détruit jusqu'au delà des alvéoles, surtout en avant où il n'en demeure qu'une bande d'une hauteur de un centimètre.

Il fallut lier les deux artères sublinguales. Les sutures rétablissent immédiatement le contour de l'orifice buccal, et je laissai un tamponnement iodoforme comprimant toute la surface cruentée intra-buccale. Les suites furent un peu pénibles. Il n'y eut à vrai dire ni fièvre, ni complications pulmonaires, ni rien d'inquiétant. Mais l'alimentation était très difficile, la sonde étant à la fois indispensable et mal supportée.

En outre, la lèvre inférieure flasque ne s'opposant pas à l'issue de la salive, il s'en fit pendant plusieurs jours une déperdition constante. Outre les ennuis qui en résultaient au point de vue de la simple propreté, cette spoliation contribua sans doute à affaiblir le malade. Il se remonta assez lentement et pendant plusieurs semaines continua à baver abondamment.

Il y avait là, du reste, une grande part à faire à l'état sénile. Enfin, le bon vieux se ressaisit, réapprit à avaler sa salive et à s'alimenter; sa plaie se cicatrisait d'ailleurs promptement; ce qui restait de la muqueuse du plancher venant par-dessus le maxillaire diminué, s'unit à celle de la lèvre et des joues. Il nous quitta guéri le 20 septembre.

M. Cornil a pratiqué l'examen histologique : il s'agit d'un épithélioma pavimenteux lobulé et tubulé.

## OBSERVATION IX

*Épithélioma de la gencive, par M. E. Graverly, interne des hôpitaux (Progrès médical, 11 septembre 1886).*

Le nommé Peb..., officier de santé âgé de 75 ans, entre le 6 avril 1886, à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. le docteur Després, pour un épithélioma de la muqueuse buccale, avec l'intention bien arrêtée de se faire opérer. Cet homme n'avait jamais été malade, lorsqu'il y a six mois environ il a commencé à souffrir. Il ressentait des élancements, disait-il, dans la joue gauche, les dents de la mâchoire supérieure de ce côté, sont ébranlées et il a été obligé d'en arracher quelques-unes. Actuellement il existe une ulcération de la muqueuse gingivale du côté gauche, ulcération qui occupe le fond du sillon formé par la muqueuse de la joue et celle de la gencive ; en écartant et en soulevant la commissure labiale gauche, on remarque que l'ulcération s'étend en profondeur et qu'elle remonte sur le maxillaire supérieur : elle a en quelque sorte sectionné le fond du sillon et détruit les adhérences qui reliaient, à l'état normal, la joue au maxillaire supérieur. Cette ulcération est sérieuse, présente des granulations charnues, mais pas de granulations jaunâtres. On remarque que la muqueuse gingivale est altérée jusqu'au niveau de la ligne médiane et présente dans cette partie un aspect chagriné, granuleux.

Il existe un ganglion sous-maxillaire qui est dur, gros, un peu douloureux. L'haleine est fétide, M. Després diagnostique

un épithélioma de la muqueuse gingivale. Le mercredi 14 avril, M. Després opère le malade.

Il extirpe d'abord le ganglion qui est adhérent à la glande sous-maxillaire dont une portion est sectionnée. L'artère faciale est coupée pendant la dissection du ganglion. Puis après avoir arraché les deux incisives supérieures gauches, M. Després fait une incision qui circonscrit la narine gauche et se termine au lobule médian de la lèvre supérieure et au moyen de la pince de Liston, il fait tomber une partie du maxillaire supérieur gauche. En sectionnant avec les ciseaux des lambeaux de muqueuse, l'artère palatine est coupée. — L'hémorragie est arrêtée avec des tampons de charpie chargés de poudre de colophane. On suture alors la plaie cutanée qui a permis de réséquer le maxillaire. La plaie d'extraction du ganglion est pansée avec de la charpie imbibée d'alcool camphré. Le malade a perdu une assez notable quantité de sang. La température, le soir de l'opération, est à 39° 4. Le malade a pris un peu de bouillon. Jusqu'au 16 avril, la température a oscillé de 37° 5 le matin, à 38° 2 le soir. Le 17, elle n'a pas dépassé 36° 9 matin et soir. Le malade se trouvait assez bien, mais il ne pouvait presque pas prendre de nourriture. Le 18, la température a commencé à monter : 37° 5 le matin, 39° 5, le soir. En même temps, il se répandait une odeur fétide dans la chambre. On enlève alors le tampon de charpie et on fait des injections de vin aromatique dans la bouche. Mais sans que le malade ait ressenti de point de côté, il se mit à tousser un peu et il s'affaiblit. Le 19, la température est à 38° 9 le matin et 39° 7 le soir. Le 20, 38° 7 le matin et 38° 5 le soir. Ce jour-là je fais prendre un peu de bouillon au malade au moyen d'une sonde urétrale que je lui introduis dans la narine gauche. Il

meurt le 21 avril, à 7 heures du matin, avec 39° de température.

A l'autopsie que nous pratiquons le 22 avril, nous ne trouvons pas d'épanchement dans la poitrine : mais il existe de fausses membranes récentes à la base du poumon droit, rien à gauche. En incisant le poumon droit, nous trouvons dans son lobe inférieur, plusieurs cavités gangréneuses du volume d'une noix environ, d'odeur fétide. Dans le lobe moyen on trouve des noyaux de pneumonie lobulaire qui ne sont pas suppurés. Dans le poumon gauche, il existe de l'hépatisation rouge à la base ; des fragments du tissu pulmonaire sont jetés dans l'eau et tombent au fond du vase. Au sommet des deux poumons, il existe une masse dure, irrégulière, du volume d'un gros œuf de poule. A la surface de ces masses on voit des plaques blanches de consistance cartilagineuse. Ces deux masses présentent une grande résistance à la coupe et sur la surface de section on voit des noyaux, blanchâtres, crétacés. Sur la circonférence, on sent sous le doigt des saillies dures, qui sont probablement dues à des dépôts calcaires. Il s'agit évidemment là de tubercules transformés, crétacés. Nous n'avons rien trouvé de particulier dans les autres viscères.

Il est probable que notre malade est mort de pneumonie infectieuse, causée par l'absorption de produits septiques, provenant de la plaie buccale et entraînés dans les bronches pendant l'inspiration.

## OBSERVATION X

*Epithélioma à point de départ gingival*, par Désir de Fortunet, interne des hôpitaux de Lyon. (*Revue de chirurgie*, Paris, 1887.)

La tumeur apportée au laboratoire d'anatomie pathologique était du volume d'une noisette, recouverte d'une muqueuse violacée et grenue. Elle s'était développée en quatre mois sur le maxillaire supérieur d'une femme âgée de 58 ans.

Deux ganglions sous-maxillaires engorgés. Ablation de la tumeur, des deux molaires voisines et du bord alvéolo-dentaire. Extirpation des ganglions. A l'examen histologique on constate des globes épidermiques très cohérents dans lesquels la fusion des cellules composantes est complète et l'évolution cornée poussée jusqu'à ses dernières limites. Autour des globes cornés on trouve une zone de cellules épidermiques déjà aplaties, très bien développées et s'étendant à une petite distance. Ces globes sont disséminés, assez distincts les uns des autres dans un tissu conjonctif un peu enflammé. D'une manière générale on est frappé du degré de développement avancé des cellules épidermiques et de ce fait qu'elles sont presque toutes atteintes par l'évolution cornée.

## OBSERVATION XI

*Epithélioma à point de départ gingival*, par Désir de Fortunet, interne des hôpitaux de Lyon. (*Revue de chirurgie*, Paris, 1887.)

M<sup>me</sup> L..., 54 ans, entrée au mois de décembre 1885, dans le service de M. D. Mollière. Il y a deux mois, la malade, sans cause appréciable sentit une légère tuméfaction sur le bord alvéolaire du maxillaire supérieur, à la partie interne des deux premières molaires droites. Développement progressif de la tumeur qui offre actuellement le volume d'une amande. A sa surface la muqueuse est très vascularisée et couverte de petites éminences. Consistance ferme, adhérence complète au maxillaire. Violentes douleurs spontanées, augmentées encore par la pression. Dans la région sous-maxillaire droite, ganglion du volume d'une noisette.

La tumeur est enlevée à la gouge ainsi que tout le bord alvéolaire. Le maxillaire paraît sain, ablation du ganglion. Hémorrhagie assez abondante. Dix jours après la malade sort de l'hôpital.

Examen microscopique. La tumeur est constituée par des nappes de cellules épidermiques bien développées et très caractérisées, mais les globes épidermiques n'existent qu'au centre des nappes, n'occupant ainsi qu'une étendue relativement faible de la production épidermique. De plus dans leur intérieur, les cellules ont conservé une certaine individualité et leurs noyaux

sont encore reconnaissables. Le globe s'imprègne également par le carmin, il n'a pas la coloration exclusivement jaune clair des globes épidermiques transformés en substance cornée compacte.

## OBSERVATION XII

*Epithélioma gingival.* — (*Evolution de l'épithélioma adamantin*)  
par Désir de Fortunet, interne des hôpitaux de Lyon.  
(*Revue de chirurgie*, Paris, 1887).

Georges B..., 24 ans, né à Rochetoirin (Isère) entre le 13 janvier 1886 dans le service de M. D. Mollière. Il y a six semaines, ce malade éprouva pour la première fois des névralgies dentaires extrêmement violentes, les douleurs s'irradient à une moitié de la face empêchaient tout sommeil. La profession de garçon de peine l'exposant à de brusques variations de température, il mit tout d'abord son mal sur le compte d'un refroidissement. En même temps le bord alvéolaire du maxillaire supérieur du côté droit était légèrement tuméfié et les dents à ce niveau furent bientôt ébranlées. Dès lors le volume de la gencive augmente progressivement; actuellement il a plus que doublé. La tumeur de consistance osseuse entoure complètement la canine et les trois premières molaires. Elle est recouverte par une muqueuse rouge, tendue, mais sans ulcération. Engorgement ganglionnaire dans la région sous-maxillaire du même côté. Le malade a toutes ses dents parfaites.

tement saines. Il jouit d'une excellente santé. Pas de syphilis. Pas d'antécédents héréditaires ou personnels dignes d'être notés Résection de toute la portion malade du maxillaire. Hémorrhagie d'abord abondante arrêtée par la compression.

Examen microscopique. Cette tumeur est formée par de longues traînées anastomosées que séparent les vestiges du tissu conjonctif ou osseux préexistant. les prolongements sont uniquement constitués par des cellules épidermiques dont le noyau multinuclée est vivement coloré par le carmin et dont le protoplasma peu abondant et à contours mal limités ne prend nulle part la teinte jaune qui est le fait de l'évolution cornée. Les cellules extrêmement serrées se trouvent superposées même sur des coupes très minces, elles ne prennent en aucun point l'aspect pavimenteux qui correspond à une étape plus avancée. Il n'est pas douteux néanmoins qu'il s'agit là de cellules du type épidermique corné, mais qui ayant pris un développement très rapide, n'ont pas poussé plus loin leur évolution physiologique.

### OBSERVATION ( inédite ) XIII

*Epithélioma du maxillaire supérieur droit. (Evolution de l'épithélioma térébrant).* (Communiquée par M. le professeur Le Dentu).

La malade, M<sup>me</sup> P..., âgée de 40 ans environ, possède une mauvaise denture et fait usage de pièces artificielles. C'est au cours d'un traitement chez son dentiste, qu'elle observa pour

la première fois l'apparition de fongosités le long du bord alvéolaire du maxillaire supérieur droit, au niveau des petites molaires. L'aspect de cette ulcération à végétations mamelonnées, couleur rouge sombre, faisait penser d'abord à la périostite fongueuse.

Mais à partir du mois de décembre 1881, à l'époque où elle vint consulter M. le professeur Le Dentu, la tumeur se mit à croître très rapidement. A ce moment il n'y avait pas encore de ganglions, cependant l'opération fut décidée.

Elle fut faite par M. le professeur Le Dentu et avec l'assistance du professeur Verneuil.

On pratiqua une extirpation très large. Le sinus maxillaire fut ouvert et l'on fit une brèche dans la paroi interne de ce sinus.

La guérison opératoire s'obtint avec un nasonnement consécutif. Mais cet état plutôt satisfaisant ne dura pas longtemps, la récurrence survint presque immédiatement et la malade fut de nouveau opérée le 13 et le 20 février 1882.

Cette fois encore la repullulation fut aussi prompte et M. le professeur Le Dentu avec les professeurs Trélat et Gosselin constatait la deuxième récurrence le 12 avril 1882.

D'autres parties du maxillaire supérieur étaient envahies, en même temps que se prenaient l'orbite, la tempe, la face jusqu'au nez.

Les douleurs devinrent très vives, il se produisit des abcès multiples, la malade perdit la vue et se cachectisa de plus en plus.

Enfin elle ne tarda pas à succomber vers la fin de décembre 1882.

**Tableau résumé des Observations**

| NOMS<br>des auteurs                 | Sexe<br>du malade | Âge au<br>début de<br>l'affection | CAUSE ÉTIOLOGIQUE                         | Durée<br>de<br>l'évolution<br>(1) | SIÈGE                                                                               | TRAITEMENT                                                                                                                                                              |
|-------------------------------------|-------------------|-----------------------------------|-------------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 <sup>re</sup> Obs. Dr M. Prestin  | Masc.             | 55 ans                            | Abus du tabac. Leuco-<br>plasie.          | qq. semaines                      | Gencive inf. gauche<br>(Molaire et Canine)                                          |                                                                                                                                                                         |
| 2 <sup>e</sup> — — —                | Fém.              | 50 ans                            | Dent cariée. Avulsion.                    | 2 mois                            | Gencives sup. droite<br>et voute palatine<br>(1 <sup>re</sup> et 2 <sup>e</sup> M.) | 1 <sup>re</sup> intervention (25 août).<br>2 <sup>e</sup> intervention (15 nov.).<br>3 <sup>e</sup> intervention (juillet).<br>Nouvelle récid. (15 oct.).<br>Résection. |
| 3 <sup>e</sup> — — —                | Fém.              | 66 ans                            | .....                                     | 2 mois 1/2                        | Gencives sup. droite<br>et voute pal. (M.)                                          |                                                                                                                                                                         |
| 4 <sup>e</sup> — — —                | Masc.             | 56 ans                            | Dents cariées Ostéo-<br>périostite.       | 6 mois                            | Gencive inf. gauche<br>(dernières M.)                                               | Résection.                                                                                                                                                              |
| 5 <sup>e</sup> — — —                | Masc.             | 51 ans                            | Dents cariées. Avulsions.<br>Odontalgies. | 6 semaines                        | Gencive inf. gauche<br>(2 <sup>e</sup> , 3 <sup>e</sup> , 4 <sup>e</sup> M.)        | Résection.                                                                                                                                                              |
| 6 <sup>e</sup> — — —                | Masc.             | 61 ans                            | Leucoplasie.                              | 2 mois                            | Gencive inf. droite<br>(2 <sup>e</sup> et 3 <sup>e</sup> M.)                        | Résection.                                                                                                                                                              |
| 7 <sup>e</sup> — — —                | Masc.             | 47 ans                            | Abus du tabac.                            | 5 mois                            | Genc. inf. médiane<br>(1. et C.)                                                    | Résection.                                                                                                                                                              |
| 8 <sup>e</sup> — — —                | Masc.             | 73 ans                            | Abus de la pipe.                          | 6 mois                            | Genc. inf. médiane<br>(1. et C.)                                                    | Résection.                                                                                                                                                              |
| 9 <sup>e</sup> — Graveroy           | Masc.             | 75 ans                            | Odontalgies.                              | 6 mois                            | Maxill. sup. gauche<br>(1. et C.)                                                   | Résection.                                                                                                                                                              |
| 10 <sup>e</sup> — Désir de Portunet | Fém.              | 58 ans                            | .....                                     | 4 mois                            | Maxillaire supér.<br>(M.)                                                           | Résection.                                                                                                                                                              |
| 11 <sup>e</sup> — — —               | Fém.              | 54 ans                            | .....                                     | 2 mois                            | Maxill. sup. droit<br>(1 <sup>re</sup> et 2 <sup>e</sup> M.)                        | Résection.                                                                                                                                                              |
| 12 <sup>e</sup> — — —               | Masc.             | 24 ans                            | Odontalgies.                              | 6 semaines                        | Maxill. sup. droit<br>(C. et 1 <sup>re</sup> , 2 <sup>e</sup> , 3 <sup>e</sup> M.)  | Résection.                                                                                                                                                              |
| 13 <sup>e</sup> — Dr Le Dentu.      | Fém.              | 40 ans                            | Dents cariées Pièce pro-<br>thétique.     | qq. mois                          | Maxill. sup. droit<br>(1 <sup>re</sup> et 2 <sup>e</sup> M.)                        | 1 <sup>re</sup> intervention (déc.).<br>2 <sup>e</sup> intervention (février).<br>Nouvelle récidive (avril).                                                            |

(1) On entendra par durée de l'évolution, le temps qui s'est écoulé depuis l'apparition de la tumeur jusqu'à intervention définitive.

## CONCLUSIONS

---

I. — L'épithélioma se développe avec une fréquence très inégale sur les diverses parties de la muqueuse buccale. Souvent observé à la langue, aux lèvres, sur le plancher de la bouche, il occupe très rarement les gencives.

II. — Il est intéressant non seulement à cause de cette rareté, mais à cause de ses divers modes de propagation : au périoste, au canal dentaire et par les alvéoles jusqu'au sinus maxillaire.

III. — Il est donc nécessaire d'apporter la plus grande attention au diagnostic, parfois délicat, pour que le traitement utile soit institué d'une manière précise.

IV. — Étant données les propagations insidieuses et redoutables dont nous avons parlé, le traitement exclu-

sivement opératoire bien entendu, doit être compris de la façon la plus large. Pour les cas observés tout à fait à leur début où les ganglions ne sont pas encore sentis, on pourrait se contenter d'enlever avec la lésion, la paroi alvéolaire correspondante dans toute sa hauteur ; mais dès que se manifeste le plus léger engorgement, il sera de règle absolue, de pratiquer en même temps qu'une résection très étendue du maxillaire sous-jacent, l'ablation complète des ganglions de la région intéressée.

---

Vu : le Doyen,

Vu : le Président de la Thèse,

DEBOVE.

LE DENTU.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

L. LIARD.

## INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

---

- Magitol.* — In dictionnaire des sciences médicales. Article Maxillaire. Archives générales de médecine 1872-1873.
- Morel Eugène.* — Contribution à l'étude des épithéliomas du maxillaire supérieur et en particulier de l'épithélioma térébrant. Thèse de Paris, 1879.
- Jacquelin.* — Étude sur les épithéliomas sus-maxillaires. Thèse de Paris, 1875.
- Guillaume.* — Étude clinique sur quelques tumeurs malignes du maxillaire supérieur. Thèse de Paris, 1875.
- Reclus.* — Epithélioma térébrant du maxillaire inférieur. Progrès médical 18 novembre et 2 décembre 1876. Critiques et cliniques chirurgicales 1884.
- Désir de Fortunet.* — Notes sur quelques cas de tumeurs des gencives. Revue de chirurgie, Paris, 1887. Tome VII page 786 et suivantes.
- Gæury.* — Tumeurs solides du rebord alvéolaire. Thèse de Paris, 1880.

- Malassez.* — Archives de physiologie. Mémoires, 1885.  
*Virchow.* — Pathologie des tumeurs, Tome II.  
*Bilroth.* — Chirurg. Klinik, 1896.  
*Broca.* — In traité de chirurgie Duplay-Reclus. Tome V.  
*Heydenreich.* — In traité chirurgie. Duplay-Reclus. Tome IV.  
*Kirmisson.* — Manuel de Pathologie externe. Tome II, pages  
655-672.  
*Tillaux.* — Clinique chirurgicale. Tome I.  
*Heath.* — In Encycl. Internat de chirurgie. Affections des  
gencives et des mâchoires. Paris, 1886. V. 507-  
554.  
*Graverry.* — Épithélioma de la bouche. Progrès médical,  
Paris 1886, 2 s iv 762.  
*Léard Lucien.* — Contribution à l'étude de l'épithélioma ada-  
mantin. Thèse de Lyon, 1900.  
*Robillard.* — Cancer du plancher de la bouche. Thèse de  
Paris 1902.  
*Poncet.* — Actinomycose d'apparence néoplasique du maxil-  
laire inférieur. Revue de chirurgie, Paris, 1902,  
XXVI.  
*Nimier.* — Tumeur des maxillaires (In Le Dentu et Delbet).  
Tome V.  
*Morestin.* — Article Bouche (In Le Dentu et Delbet).  
Tome II.  
— — Bulletin de la Société anatomique, 1900, 1901,  
1902, 1903.